# ITEM 276 : HÉPATOMÉGALIE ET MASSE ABDOMINALE

## HÉPATOMÉGALIE

- **Hépatomégalie** = augmentation du volume du foie (= *foie palpable*) :
  - **Diffuse** ou **localisée sur un lobe ou un secteur.**
  - **Homogène** ou **inhomogène.**
- Signe **peu spécifique**. Causes les plus fréquentes : **stéatose hépatique, cirrhose, métastases hépatiques** de cancer digestif.
- Flèche hépatique > 12 cm ou débord xiphoïdien > 3 cm.

| | | | |
|---|---|---|---|
| **DG** | Découverte | | - Perception par le patient d'une masse de l'hypochondre droit et/ou de l'épigastre.<br>- Palpation par le médecin (masse mobile avec la respiration) ou examen d'imagerie abdominale. |
| | Diagnostic positif | | = **Projection du foie sur la ligne médioclaviculaire > 12 cm.**<br>- Distance entre la limite supérieure de la matité hépatique et le bord inférieur repéré à la palpation.<br>- Difficile à affirmer en cas de : paroi abdominale très musclée, défense, panicule adipeux sous-cutané abdominal très épais, ascite abondante → Dg par **échographie abdominale.** |
| | DD | | **Tumeur rénale, de l'angle colique droit, du colon transverse, de l'estomac, du pancréas, ptose hépatique**… |
| **ETIOLOGIE** | Maladies hépatiques primitives | | - **Stéatose/stéatohépatite** liée à l'alcool/métabolique (NASH).<br>- **Cirrhose** : hépatomégalie inconstante.<br>- **Hépatite** aigue ou chronique. |
| | Congestion | | = Obstacle au retour veineux hépatique :<br>- **Insuffisance cardiaque droite**, péricardite constrictive.<br>- Syndrome de **Budd-Chiari** (exceptionnel). |
| | Tumeurs hépatiques | Malignes | - Primitive : carcinome hépatocellulaire, cholangiocarcinome.<br>- Secondaire : métastases.<br>- Hémopathie maligne (rare). |
| | | Bénignes | - Polykystose hépatique/hépatorénale (transmission autosomique dominante – jamais d'insuffisance hépatique).<br>- Autres tumeurs bénignes (hépatomégalie exceptionnelle). |
| | Atteinte infectieuse | | - **Abcès hépatique** amibien/bactérien.<br>- Lésion **parasitaire** : hydatidose. |
| **DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE** | Anamnèse | | - Circonstances de **découverte** : fortuite, dépistage, douleur, ictère.<br>- **Voyage** en zone d'endémie.<br>- **Facteurs de risque de cirrhose** : OH, syndrome métabolique, FDR d'hépatite virale.<br>- ATCD médicaux, chirurgicaux et gynécologiques, et familiaux (**cancers**).<br>- **Signes associés** : fièvre, sueurs, amaigrissement, troubles du transit, signes urinaires, gynécologiques (DDR). |
| | C | | - Palpation :<br>• **Hépatomégalie diffuse** ou **sectorielle**, **homogène** ou **inhomogène**, **douloureuse** ou **non.**<br>• **Consistance** : foie normal = **ferme**, foie cirrhotique = **dur**, surtout au bord inférieur, tranchant.<br>- Recherche de **syndrome septique** (fièvre, frissons).<br>+ de **maladie hépatique chronique** (ascite), d'**HTP**, mélanodermie (hémochromatose).<br>+ d'**insuffisance cardiaque droite** (RHJ, expansion systolique du foie, élévation du pouls jugulaire).<br>+ de **cholestase** (ictère, prurit, selles décolorées, urines foncées).<br>+ de **métastases** (aires ganglionnaires : adénopathie de Troisier, ± touchers pelviens). |
| | PC | Biologie | - 1re intention : **NFS** (plaquettes)**, bilan hépatique** (ASAT/ALAT, PAL, gGT, TP, bilirubine), **albumine, EAL, Glycémie à jeun, CRP.**<br>- Abcès : **sérologie amibiase (*Entamoeba histolytica*), hémoculture.**<br>- Kyste : **sérologie échinococcose.**<br>- Nodule : **αFP sérique.**<br>- Suspicion de cirrhose : **marqueurs d'hépatite virale, auto-immune, bilan martial, alcoolisme (ASAT > ALAT).**<br>- Hépatomégalie homogène avec anomalie du bilan hépatique : **sérologie hépatite virale, bilan auto-immun, bilan martial.** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| DEMARCHE DIAGNOSTIQUE | | **Echo du foie** | = **1re intention** : précise le caractère diffus/sectoriel, homogène ou non + signes étiologiques.<br>- Signes de **cirrhose** : contours irréguliers, signes d'HTP, atrophie du segm IV, hypertrophie du segm I.<br>- Signes de **stéatose** : foie hyperéchogène.<br>- Signes **d'insuffisance cardiaque** : dilatation des veines hépatiques et de la VCI.<br>- Signes de **cholestase** : dilatation des voies biliaires intra-hépatiques. |
| | | Autre imagerie | - **TDM ou IRM hépatique** (± pdc hépato-spécifique) pour compléter l'échographie **si lésion focale.**<br>- **Échographie cardiaque** si suspicion d'insuffisance cardiaque.<br>- **Elastométrie hépatique (/test sanguin de fibrose)** si parenchyme hépatique hyperéchogène (évaluation de la fibrose).<br>- **Cholangio-IRM/TDM abdominale injectée** si suspicion de maladie biliaire.<br>➙ **Avis spécialisé urgent** si suspicion d'infiltration tumorale / syndrome de Budd-Chiari. |
| | | **PBH** | ➙ Indispensable si bilan étiologique négatif (clinique, biologique et imagerie).<br>- **SI lésion focale** : 2 prélèvements : lésion + parenchyme non-lésionnel (ponction transpariétale pour cibler la biopsie).<br>- **Si abcès hépatique volumineux** : ponction ± drainage sous contrôle écho, avec analyse bactério ± parasito selon le contexte (*PCR Entamoeba histolytica*).<br>- Multifocale si hépatomégalie diffuse.<br>- Par voie **transpariétale transcapsulaire** (**échoguidée** sous AL, parfois par **TDM** si lésion mal visible en écho), **transveineuse** (abord transjugulaire sous AL) ou **chirurgical** (coelioscopie).<br>- **Complications** : douleurs abdominales, saignement ± étendu, effraction pleurale/biliaire.<br>➙ **Alitement et surveillance FC/TA minimum 6 heures**, surveillance du point de ponction.<br>**- Cirrhose alcoolique :** mise en évidence de « nécrose acidophile hépatocytaire » avec **corps de Mallory.** |
| | | | CI<br><br>**<u>CI formelle</u>** :<br>- **Dilatation diffuse des voies biliaires intra-hépatiques**.<br>- **Thrombose des 3 veines sus-hépatiques** : biopsie transjugulaire impossible.<br>- **Suspicion d'échinococcose kystique** : ponction diagnostique CI (risque de dissémination).<br>**<u>CI voie transpariétale</u> (**= voie transveineuse impérative) si :<br>- **Trouble de l'hémostase** non corrigé : **thrombopénie < 60 G/L, TP < 50 %,** ↗ du TCA > 1,5.<br>- Prise d'**anticoagulants, ant-agrégants plaquettaires ou AINS.**<br>- **Hémodialyse.**<br>- **Ascite** (même minime). |
| | **Hépatomégalie sans lésion focale (homogène)** | | - **Cirrhose** : signes cliniques, biologiques et échographiques indiscutables d'insuffisance hépatique et d'hypertension portale + cause de cirrhose documentée, foie dur à la palpation, contours bosselés à l'échographie. **Hépatomégalie diffuse / sectorielle**, parfois absente.<br>- **Stéatose** ou **stéatohépatite** : foie hyperéchogène + cause documentée (consommation excessive d'alcool ou syndrome métabolique).<br>- **Foie cardiaque** : dilatation des veines hépatiques, FDR CV, signes d'insuffisance cardiaque (OMI, RHJ, dyspnée), atteinte cardiaque documentée (ETT).<br>- **Hépatite aiguë/chronique** : anomalie du bilan hépatique, cause documentée (virale, auto-immune ou médicamenteuse).<br>- **Hémochromatose** : hyperferritinémie (sans syndrome inflammatoire ni transaminases > 4N) ➙ IRM.<br>- **Cholestase chronique** : ictère cholestatique (prurigineux) ou dilatation des voies biliaires.<br>- **Infiltration tumorale** : hémopathies (lymphome), cancer du sein (rare) : AEG.<br>- **Syndrome de Budd-Chiari** : ascite, veines hépatiques non-visualisées à l'imagerie.<br>➙ Si aucun diagnostic ne peut être fait avec certitude : **PBH.** |
| | **Hépatomégalie avec lésions focales (hétérogène)** | | ➙ Rechercher une maladie hépatique *chronique* : **FdR, clinique, biologique, échographique.** |
| | | En cas de maladie chronique | - Rechercher un **carcinome hépatocellulaire** (cirrhose sous-jacente) : alphafœto-protéine augmentée, très évocateur si thrombose vasculaire associée.<br>- Si dilatation des voies biliaires intra-hépatiques : **cholangiocarcinome.**<br>- Si contexte de **cancer connu** : tumeur hépatique secondaire (**métastases – penser à faire un TAP et une coloscopie pour le bilan extension**). |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | En l'absence de maladie hépatique chronique | → Selon l'échographie : | | |
| | | | Lésion solide | → Selon le contexte clinique (cancer extrahépatique…) et la cinétique de rehaussement (IRM, TDM ou écho de contraste). | |
| | | | | Rehaussement en **motte périphérique**, progressif de la périphérie vers le centre, hyper-intensité homogène T2 | **Hémangiome bénin** |
| | | | | Rehaussement périphérique au temps artériel avec centre non rehaussé | **Abcès** (syndrome septique) ou **tumeur nécrosée**<br>→ **Ponction de la zone nécrotique** pour analyse microbiologique si syndrome inflammatoire marqué |
| | | | | Absence de rehaussement au temps artériel et portal | **Métastase** ou **adénome hépatocellulaire**<br>→ Bilan selon le contexte néoplasique |
| | | | | Rehaussement net au temps artériel = *wash in +++* avec élimination du produit de contraste plus marquée dans le nodule que dans le foie adjacent au temps portal ou tardif = *wash out +++* | **Carcinome hépatocellulaire** |
| | | | | Rehaussement net au temps artériel sans wash out | **Adénome, hyperplasie nodulaire focale, métastase** ou **tumeur primitive maligne** (autre que CHC) |
| | | | Lésion kystique | - **Kyste biliaire simple** : vérifier **l'absence de paroi** ou cloison interne et le caractère purement liquidien.<br>± **Sérologie hydatidose** si sujet ayant vécu en zone d'endémie au contact de chiens (10 % de faux négatifs).<br>- **IRM/TDM ou écho de contraste** si doute à l'échographie.<br>- Si conditions non réunies rechercher :<br>• **Tumeur bénigne à potentiel malin** ou **tumeur maligne.**<br>• **Kyste hydatique** (séjour en zone endémique).<br>• **Kyste biliaire simple** modifié par une **hémorragie intrakystique.** | |

## MASSE ABDOMINALE

= Augmentation du volume d'un organe intra-abdominal : démarche diagnostique selon la localisation de la masse.
- **Palpation :** caractéristiques de la masse : localisation, taille, consistance, douleur spontanée ou provoquée à la palpation, fixation aux plans profonds, pulsatile.
- **TDM abdomino-pelvienne** en 1re intention (injectée, sauf si insuffisance rénale/allergie) : organe atteint, nature de la masse (liquidienne, tissulaire), rapports avec les organes voisins, extension à distance si suspicion de cancer.

| | | |
|---|---|---|
| **EPIGASTRIQUE** | | - **Hypertrophie du lobe hépatique gauche.**<br>- Anévrysme de l'aorte thoraco-abdominale.<br>- Distension gastrique sur occlusion. |
| | **Tumeur gastrique** | = Masse **dure**, **pierreuse.**<br>- Signes digestifs hauts : épigastralgie, lenteur à la digestion, AEG. |
| | **Tumeur pancréatique** | = Masse **dure**, **fixée**, **sensible** (rarement palpable).<br>- **Cancer de la tête du pancréas** : ictère prurigineux par compression de la VBP.<br>- **Cancer du corps pancréatique** : douleur type solaire.<br>- **Cancer de la queue** : révélation tardive par une masse épigastrique ou de l'HCG. |
| | **Pseudokyste du pancréas** | = Tuméfaction **régulière**, **ferme** et **rénitente** (rarement palpable). |

| | | |
|---|---|---|
| **HYPOCHONDRE D** | - **Hépatomégalie** (cf. plus haut).<br>- **Angle colique droit.**<br>- **Rein droit** ou **surrénale droite.**<br>- **Tumeur rétro-péritonéale** (sarcome). | |
| | **Vésicule biliaire** | = Vésicule non palpable à l'état normal : masse au bord inférieur du foie, piriforme, mobile avec les mouvements respiratoires.<br>- Compression de la voie biliaire principale : **cancer de la tête du pancréas** ou **de la VBP.**<br>- **Hydrocholécyste** : calcul enclavé dans le collet ou dans le canal cystique.<br>- **Cholécystite aiguë** (rarement palpable) : douloureuse, fébrile.<br>- **Tumeur maligne de la vésicule** : masse dure, fixée, irrégulière. |
| **HYPOCHONDRE G** | - **Queue du pancréas.**<br>- **Angle colique gauche.**<br>- **Grosse tubérosité gastrique.**<br>- **Rein gauche.**<br>- **Tumeur rétro-péritonéale** (sarcome). | |
| | **Splénomégalie** | = Rate normalement non palpable : s'abaisse à l'inspiration, bord antérieur crénelé.<br>- **Splénomégalie homogène** : origine infectieuse, hémopathie, hypertension portale.<br>- **Splénomégalie hétérogène** : abcès, kyste hydatique, tumeur. |
| **AUTRES LOCALISATIONS** | Fosse iliaque droite | - **Tumeur du caecum** : dure, mobile ou fixée ± caractère inflammatoire si tumeur infectée.<br>- **Appendicite abcédée** : tuméfaction douloureuse et fixée, dans un contexte fébrile.<br>- **Maladie de Crohn** (iléite) **avec abcès.**<br>- **Ovaire droit :** kyste ou tumeur ovarienne (cancer primitif/métastase). |
| | Fosse iliaque gauche | - **Constipation.**<br>- **Sigmoïdite avec abcès péri-sigmoïdien** (rare).<br>- **Tumeur sigmoïdienne.**<br>- **Ovaire gauche** : kyste ou tumeur ovarienne. |
| | Ombilicale | - **Anévrisme de l'aorte abdominal** : tuméfaction médiane, battante, expansive avec un souffle systolique.<br>- **Côlon transverse/grêle : cancer** colique, tumeur du grêle (rare).<br>- Tumeur du mésentère.<br>- Hernie ombilicale. |
| | Hypogastrique | → Eliminer en 1er : **grossesse, fécalome, globe vésical.**<br>- **Fibromyome utérin** : masse régulière, bien limitée, ferme, indolore, d'origine utérine au TV.<br>- **Cancer de l'endomètre.** |
| | Ubiquitaire | - **Tuméfactions pariétales** = mise en évidence lors de la contraction de la sangle abdominale : **hématome de la paroi, lipome, hernie, éventration.**<br>- **Nodule de carcinose péritonéale** : dur, indolore, fixé, souvent multiples, assez souvent situés en région péri-ombilicale ou au niveau d'anciennes cicatrices.<br>- **ADP abdominale** (palpable chez le sujet maigre) : bénigne, infectieuse ou maligne (lymphome, métastase).<br>- **Corps étranger** (notamment chez sujet opéré). |
| | Lombaire/Flancs | - **Lésion rénale** : **tumeur maligne, hydronéphrose.**<br>- **Lésion surrénalienne** : **tumeur bénigne/maligne.**<br>- **Tumeur rétropéritonéale primitive** : **sarcome.**<br>- **Lésions du psoas** : hématome, abcès, tumeur.<br>- **Cancer du côlon** (rare). |